

Attachment 5 - English

(Regional Contractor Letterhead)

If you have trouble reading this notice because the letters are too small or the words are hard to read, please call our office at (code)-phone # and someone will assist you.

NOTICE OF ACTION

Date

To: Name
Address
City, State Zip

From:

You have asked that INSERT: Name of the Contractor approve: INSERT: Describe services requested on behalf of the member in easily understood terms. We have reviewed your request and decided that: INSERT: Describe action taken (or intended to be taken) by Contractor, including the relevant dates, in member specific terms and in easily understood language.

Our decision is based on the following reasons: INSERT: The explanation of the Contractor's decision must be complete and in commonly understood language. It must specify the relevant laws, rules, policies, etc. for the action. The explanation must also be both member and fact specific, describing the member's condition and the reasons supporting the Contractor decision. Generic statements are not adequate. Any decisions to deny or reduce a service authorization request must be made by a health care professional who has appropriate clinical expertise in treating the member's condition or disease.

You can ask us to look at our decision again. This is called an appeal. You can have someone help you appeal. Also, your doctor or other health care provider can appeal for you if you write telling us so. If you appeal you must contact us by INSERT DATE: no later than 60 days after the date of this Notice. *You can write or call us to appeal.* If you write your appeal, it must be received by INSERT DATE: 60 days from the date of the Notice.

Before we make our decision, you can give us any information that you think will be helpful. You can ask to set up a meeting so that you can give us the information in person, or you can give it to us in writing. You can also see your case file, including medical records and other information about your appeal, before you give us information and before we decide the appeal. After we review your appeal, we will send you our decision in writing. This decision is called the Notice of Appeal Resolution.

We will make a decision within 30 days. However, you may ask for a faster review of your appeal. This is called an "expedited appeal." You can ask for a faster review if your/your child's life or health could be in danger or your/their ability to attain, maintain or regain maximum function would be damaged by waiting the normal 30 days for a decision on your appeal. If your health care provider tells us this, the appeal will be decided in 3 working days. You may also ask us to decide the appeal in 3 working days. If you ask us yourself and we agree, we will make a decision in 3 working days. If you ask for a faster review (expedited appeal), tell us how your health will suffer if we take 30 days to decide your appeal. If we do not agree that a faster review is needed, we will write you within 2 days, and we will also try to call you. Then we will decide your appeal within 30 days.

For all appeals, up to 14 more days may be taken to make a decision on your case. This is called an extension. If we want an extension we will tell you why it is needed. If you want an extension, you can you can ask for it by writing or calling us.

TO REQUEST CONTINUED BENEFITS DURING THE INSERT: Name of Contractor APPEALS PROCESS

You can ask that the services listed in this letter continue while we make a decision. If you want those services to continue, you must say so when you appeal. This applies if we are stopping or reducing an approved service ordered by your doctor or other health care provider that you are receiving now. This also applies to a service we have denied if the doctor or other health care provider says that the service is a necessary continuation of a service that was approved before. Your service will only be continued if you appeal by INSERT DATE: (the later of: 10 days from the date of the Notice OR the intended date of the action). If you do not win your appeal, you will be responsible for paying for these services provided during the appeal.

If you have any questions about filing an appeal or if you need help, you can call us at INSERT: phone number. Please send your written appeal to: INSERT: address.

Sincerely,

INSERT: Signature of Medical Director

INSERT: Name of Medical Director

cc. AHCCCS Plan
PCP/provider
CRSA
Chart copy

(Usar Papel de Membrete del Contratista Regional de CRS)

Si usted tiene dificultades leyendo este aviso porque las -letras son demasiado pequeñas 0 las palabras son muy difícil para leer, favor de llamarnos y alguien le asistirá.

(Code)-Phone # or (800) --- ---

<http://www.ahcccs.state.az.us/Regulations/OSPPolicy/default.asp>

Aviso de Acción

Fecha

A: Nombre
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal

De:

Usted ha pedido que **PONER:** Nombre del Contratista apruebe: **PONER:** En términos fáciles de entender, describa los servicios que fueron solicitados a nombre del miembro. Se ha revisado su petición y se decidió esto: **PONER:** Describa la acción tomada (o que intenta ser tomada) por el Contratista, incluyendo las fechas relevantes, en términos específicos para el miembro y en un lenguaje fácil de comprender.

Nuestra decisión esta basada en las siguientes razones: **PONER:** La explicación de la decisión del Contratista debe ser completa y en un lenguaje comúnmente entendible. Debe especificar las leyes relevantes, las reglas, las pólizas, etc. para la acción. Esta explicación debe especificar los hechos y también ser concreta para el miembro, describiendo la condición del miembro y las razones apoyando la decisión tomada por el Contratista. Las declaraciones genéricas no son adecuadas. Cualquier decisión de negar o reducir una solicitud para la autorización del servicio debe ser hecha por un profesional del cuidado de la salud que tiene pericia clínica apropiada para tratar la condición o enfermedad del miembro.

Usted puede pedir que la decisión sea revisada nuevamente. Esto se llama una apelación. Usted puede obtener ayuda de otra persona con su apelación. También, su doctor u otro proveedor de cuidado de salud pueden hacer una apelación por parte suya, si usted nos deja saber por escrito que eso va pasar. Si usted decide hacer una apelación tiene que avisarnos en **PONER FECHA:** a no más tardar 60 días después de la fecha de este Aviso. Usted puede hacer su apelación enviándonos una carta o hablándonos por teléfono. Si usted decide escribir su apelación, debe de ser recibida para **PONER FECHA:** 60 días desde de la fecha de este Aviso.

Antes de que se tome una decisión usted puede dar cualquier información que crea que sea beneficiosa. Usted puede pedir que se haga una reunión, para darnos la información en persona, o puede enviar la información por escrito. Antes de tomar una decisión sobre su apelación, y

Children's Rehabilitative Services

antes de darnos información adicional, usted tiene el derecho de revisar su archivo, incluyendo los expedientes médicos y otra información sobre su apelación. Después de revisar su apelación, se le enviará la decisión por escrito. Esta decisión se llama Aviso de la Resolución de la Apelación.

Tomaremos una decisión en un plazo de 30 días. Sin embargo, usted puede pedir una revisión más rápida para su apelación. Esto se llama *Apelación Acelerada*.

Usted puede solicitar una revisión mas rápida si su salud o su vida/o la de su hijo(a) estuviera en peligro o si la capacidad de usted/ellos de lograr, mantener o la recuperación de la función normal se deteriorara, por esperar los 30 días que normalmente se puede tomar para hacer una determinación por su apelación. Si su proveedor de cuidado de salud nos informa que esto puede suceder, la apelación será decidida dentro de 3 días laborales. Usted también tiene el derecho de pedirnos que tomemos una determinación sobre su apelación dentro de 3 días laborales. Si usted mismo nos pide tomar una decisión más rápida y si estamos de acuerdo, tomaremos una decisión en 3 días laborales. Si usted pide una revisión más rápida (apelación acelerada), explíquenos como sufrirá su estado de salud, si nos tardamos los 30 días para hacer una decisión para su apelación. Si no estamos de acuerdo que se necesita hacer una revisión rápida, le avisaremos por medio escrito dentro de 2 días, y también trataremos de hablarle por teléfono. Luego decidiremos dentro de los 30 días sobre su apelación.

Para todas las apelaciones, 14 días más pueden ser tomados para hacer una decisión sobre su caso. Esto se llama una extensión. Si queremos una extensión le explicaremos por qué es necesario. Si usted quiere una extensión, puede pedirlo, llamándonos por teléfono o escribiéndonos.

PARA SOLICITAR QUE SUS BENEFICIOS CONTINUEN DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN DE PONER: Nombre de Contratista

Usted puede pedir que los servicios mencionados en esta carta continúen mientras llegamos a una decisión. Si usted quiere que los servicios continúen, debe decirlo cuando haga su apelación. Esto se aplica cuando reducimos o terminamos los servicios aprobados y ordenados por su doctor u otro proveedor de salud que usted esta recibiendo en este momento. También esto se aplica para los servicios que le hemos negado, si su doctor u otro proveedor de salud dice que el servicio necesitado es una continuación de un servicio que fue aprobado antes. Su servicio será continuado solamente, si usted solicita una apelación en **PONER FECHA: (No mas tardar: 10 días a partir de la fecha del aviso ó de la fecha prevista de la acción)**. Si usted no gana su apelación, usted será responsable en pagar los servicios proveídos durante su apelación.

Si usted necesita ayuda o tiene preguntas sobre como solicitar una apelación, nos puede llamar al **PONER: numero de teléfono**. Envíe por favor su apelación escrita al: **PONER: dirección**.

Respetuosamente,

PONER: Firma del Director Médico

Children's Rehabilitative Services

PONER: Nombre del Director Médico

- dd. Plan de AHCCCS
Doctor/proveedor
CRSA
Copia de archivo (not the translation of chart copy, instead it states copy of archives)